Conseil médical du Québec

100-04842/

AVIS

SUR LE PROJET DE POLITIQUE TRIENNALE DES INSCRIPTIONS DANS LES PROGRAMMES DE FORMATION DOCTORALE ET POSTDOCTORALE EN MÉDECINE DE 1999-2000 À 2001-2002

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

OCTOBRE 1998

AVIS 98-05

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 1998
ISBN 2-550-34087-6

Les bureaux du Conseil médical du Québec
sont situés au :
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Internet :
http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq
E-mail : cmq@msss.gouv.qc.ca

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

Dr Juan Roberto Iglesias, président
Vice-doyen
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr Luc Deschênes, vice-président
Chirurgien
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Dr Jean-Marie Albert
Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière

Dr Marc A. Bois
Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Dr André Bonin
Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Monsieur Michel Brunet*
Ministère de l'Éducation

Madame Isabelle Cataphard
Étudiante en médecine
Université de Montréal

Dr Yves Dugré
Oto-rhino-laryngologiste
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

Dr Marie Girard*
Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux

*** Membres sans droit de vote**

Dr Sophie Gosselin
Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Yves Landry*
Régie de l'assurance-maladie du Québec

Madame Michèle Laverdure
Directrice générale
CLSC Saint-Hubert

Dr Joëlle Lescop
Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Jonathan L. Meakins
Chirurgien
Hôpital Royal Victoria

Dr André Munger
Omnipraticien
CLSC SOC de Sherbrooke

Madame Marie Pineau
Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Monsieur Robert Tremblay*
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Micheline Ulrich
Directrice des soins infirmiers
Hôpital Charles-Lemoyne

Dr Raymonde Vaillancourt
Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

Le présent avis découle d'un rapport d'un comité de travail composé des membres suivants: DrAndré Bonin, madame Isabelle Cataphard, Dr Yves Dugré (Président), Dr Marie Girard, Dr Raymonde Vaillancourt ainsi que monsieur Christian Coutlée de la permanence du Conseil.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **1**

1. LES NOUVELLES INSCRIPTIONS DANS LES PROGRAMMES DE DOCTORAT EN MÉDECINE **3**

1.1 Le contingent régulier 3

2. LES PLACES RÉMUNÉRÉES DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE **6**

2.1 Considérations générales 6

2.2 Considérations particulières 7

3. LES RECOMMANDATIONS **13**

INTRODUCTION

Le projet de *Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002* a été examiné par les membres du Conseil médical du Québec. Ces derniers ont procédé à l'examen du projet qui leur était soumis, à la lumière des recommandations formulées depuis quelques années par le Conseil à l'occasion de la révision annuelle de la politique triennale et dans l'esprit des remarques et observations contenues dans l'*Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec,* déposé en mars 1998.

Les orientations préconisées par le Conseil médical du Québec, concernant les effectifs médicaux ont constamment été motivées par le souci de disposer en tout temps du nombre requis de médecins généralistes et spécialistes, pour répondre aux besoins de la population en matière de services médicaux, couverts ou non, et pour satisfaire aux exigences de la recherche, de l'enseignement et d'autres secteurs d'activités requérant l'expertise médicale.

C'est ainsi que dès janvier 1996, devant la perspective annoncée de transformations majeures du réseau de la santé, de l'organisation des services médicaux et des modes de rémunération des médecins, le Conseil suggérait de réduire encore de 40, le nombre des admissions en médecine dans le contingent régulier, portant ainsi à 75, la diminution totale des admissions en médecine depuis l'année académique 1994-1995.[1] Dans ce même contexte de transformations, le Conseil constatait que le modèle de planification de la main-d'œuvre médicale utilisé depuis 1987 ne répondrait évidemment plus aux besoins de la situation en raison des hypothèses sur lequel il repose selon lesquels les structures organisationnelles du système de santé existant en 1986, demeureraient inchangées. Le Conseil proposait alors d'entreprendre immédiatement des travaux pour développer un nouvel outil de planification de la main-d'œuvre médicale qui soit adapté aux réalités.

Dans ce même avis, le Conseil médical attirait l'attention du Ministre sur le fait qu'en raison de la structure d'âge des médecins qui les composent, de nombreuses spécialités se trouvaient déjà dans une situation précaire avant même l'échéance des pourparlers alors en cours en vue de l'implantation des programmes d'allocation de fin de carrière. Dans cette même foulée, le Conseil recommandait d'entreprendre sans tarder des travaux visant l'amélioration du processus de détermination des cibles d'entrée en résidence spécialisée afin de

---

[1] Conseil médical du Québec, *Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999*, janvier 1996.

tenir compte, notamment, des besoins exprimés par les régions, de la reconfiguration du réseau, de l'impact des programmes d'allocation à la retraite et du nombre de spécialistes en formation.

Bien que la reconfiguration du réseau ait sensiblement modifié l'organisation des services, la hiérarchisation des services médicaux n'a pas été implantée et les modes de rémunération des médecins sont demeurés les mêmes. Le Conseil estime que si aucun signal clair indiquant des changements dans les modes de rémunération débouchant sur une révision des pratiques professionnelles en 1ière et 2ième lignes n'est donné dans un proche avenir, il faudra envisager une augmentation significative du nombre d'admissions dans les facultés de médecine afin d'éviter une pénurie de médecins à plus ou moins court terme.

Enfin, le Conseil médical a de plus constaté que le processus de planification des besoins en main-d'œuvre médicale n'a pas encore été adapté aux nécessités exigeantes, ne serait-ce qu'en regard de l'évolution fulgurante des technologies de la santé et de la pratique médicale, qu'impose l'obligation de pourvoir la population québécoise du nombre requis de médecins dans chacune des spécialités, pour répondre à ses besoins en services médicaux.

1. LES NOUVELLES INSCRIPTIONS DANS LES PROGRAMMES DE DOCTORAT EN MÉDECINE

1.1 Le contingent régulier

Le projet de politique triennale débutant en 1999 propose le statu quo quant au nombre total de nouvelles inscriptions dans les programmes doctoraux en médecine. On se souviendra que dans la politique triennale débutant en 1998, le nombre d'inscriptions dans ces programmes était passé de 457 à 461, par rapport à l'année précédente. Les quatre inscriptions supplémentaires étant réservées aux fins d'un nouveau contingent expérimental d'étudiants en provenance de la Malaisie, proposé par l'Université McGill. A toutes fins utiles, la politique triennale débutant en 1998 ajoutait quatre inscriptions dans les programmes doctoraux de premier cycle tout en maintenant le statu quo 406 dans le contingent régulier «traditionnel».

En ce qui concerne le contingent régulier, le Conseil médical avait alors appuyé la proposition du statu quo pour la troisième année consécutive, constatant, encore une fois, l'absence de données prévisionnelles pouvant justifier une variation à la hausse ou à la baisse du nombre d'inscriptions en médecine. Le Conseil s'opposait toutefois à l'ajout des quatre inscriptions supplémentaires parce qu'il n'était pas d'accord avec l'implantation du nouveau contingent proposé par l'Université McGill. Ce nouveau contingent dédié à la formation d'étudiants malaysiens n'offrait pas, selon le Conseil médical, de garanties suffisantes pour empêcher l'installation éventuelle au Québec des médecins formés dans ce contingent, élargissant encore davantage les brèches déjà connues qui limitent le processus de planification de l'effectif médical au Québec. Pour les mêmes raisons, le Conseil a toujours exprimé des réserves sur le contingent particulier de 30 personnes étrangères munies d'un visa étudiant. Cependant, il a toujours soutenu et encouragé le maintien du contingent particulier de 21 personnes admises en vertu de l'entente intergouvernementale avec le Nouveau-Brunswick et l'Ile-du-Prince-Édouard, garantissant la non-installation de ces étudiants au Québec au terme de leur formation médicale.

Enfin, le Conseil médical soutenait que l'impasse dans laquelle se trouvaient les intervenants chargés de fournir des recommandations éclairées sur les besoins futurs en médecins, venait du fait que le processus de planification des effectifs ainsi que le modèle de projection en usage depuis 1987 ne sont plus adaptés aux circonstances.

Depuis janvier 1998, moment où le Conseil médical faisait part de ces remarques[2], le contexte a évolué. D'une part, si des données probantes justifiant une variation à la hausse ou à la baisse du nombre d'inscriptions n'existent toujours pas, la perspective d'une pénurie éventuelle de médecins n'est plus à exclure.

En effet, au cours des dernières années, le Conseil médical a soutenu la diminution du nombre des inscriptions (-10 en 1995, -25 en 1996 et -40 en 1997) en reconnaissant le fait démontré de l'existence d'un surplus théorique de plusieurs centaines médecins selon les données fournies par le modèle de projection et en présumant que des changement majeurs dans l'organisation des services médicaux et dans les modes de rémunération des médecins interviendraient rapidement. Or, la hiérarchisation des services médicaux introduisant des changements dans la manière de dispenser les services en 1ière,2ième et 3ième lignes, ainsi que l'adaptation des modes de rémunération des médecins associés à la hiérarchisation, se font toujours attendre. Par ailleurs, même si le phénomène n'a fait qu'accélérer l'attrition normale, les programme d'accès à la retraite ont fait recette auprès des médecins (250 médecins depuis 1996) ce qui a eu pour effet d'éliminer plus rapidement que prévu, le surplus théorique de médecins. Dans ces conditions, le Conseil médical du Québec estime que le Québec se trouve déjà en situation de pénurie relative de médecins et **recommande une hausse immédiate de 10 du nombre d'admissions dans le contingent régulier en médecine qui passerait de 406 à 416 dès septembre 1999.** Entre-temps, des évaluations seront faites quant au niveau d'admissions qui devrait prévaloir dans les années subséquentes. Cependant, comme les membres sont convaincus que cette hausse sera substantielle, ils considèrent qu'il vaut mieux entreprendre la croissance des admissions graduellement dès cette année afin de perturber le moins possible l'organisation de l'enseignement dans les facultés de médecine.

D'autre part, le jugement Tellier, s'il conforte le Conseil médical quant aux recommandations qu'il formulait déjà en 1995 concernant les diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis[3], demeure préoccupant quant à l'atteinte des objectifs et à la maîtrise du processus de planification de la main-d'œuvre médicale au Québec. Ce jugement incite également à la prudence, notamment à l'égard de l'introduction de nouveaux contingents comme celui autorisé en 1998 pour des étudiants provenant de la Malaisie, même si le jugement n'est pas directement lié à ce projet.

---

2 Conseil médical du Québec, *Avis sur le projet de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes doctoraux et postdoctoraux en médecine de 1998-1999 à 2000-2001*, janvier 1998.

3 Conseil médical du Québec, *Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des Etats-Unis*, mars 1995.

Enfin, en mars dernier, le Conseil médical du Québec a proposé une approche différente pour évaluer les besoins futurs du Québec en médecins.[4] Le Conseil considère que la planification selon la méthode des comités d'experts encadrée par la méthode des ratio médecin/population, offre les meilleures garanties possibles quant aux prévisions des besoins globaux en médecins et à la composition de l'effectif médical à une époque où la pratique médicale évolue au rythme accéléré des développements technologiques et dans la perspective de l'implantation de la hiérarchisation des services médicaux.

[4] Conseil médical du Québec, *Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec*, mars 1998.

2. LES PLACES RÉMUNÉRÉES DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE

Le projet de Politique triennale débutant en 1999 propose quelques modifications dans cinq des trente-deux spécialités reconnues par le Collège des médecins du Québec. Ces modifications découlent de représentations faites en cours d'année par sept associations de médecins spécialistes auprès du Comité du suivi de la Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux au Québec. Il s'agit des associations représentant les médecins spécialistes en ophtalmologie, en psychiatrie, en pédiatrie, en radiologie diagnostique, en anesthésie-réanimation, en chirurgie générale ainsi qu'en chirurgie orthopédique.

2.1 Considérations générales

Avant d'examiner les recommandations en détail, le Conseil médical du Québec entend formuler quelques commentaires généraux. Nous désirons d'abord attirer l'attention du Ministre sur les biais temporaires qui peuvent être introduits dans l'ensemble des considérations prises en compte dans la détermination des cibles. Il en est ainsi, par exemple, de certains motifs comme les plafonds de rémunération ou l'accessibilité aux plateaux techniques qui constituent, jusqu'à preuve du contraire, des causes ponctuelles qui devraient s'atténuer avec le temps. Le Conseil pense que seule l'évaluation la plus objective possible des besoins futurs en services médicaux, doit être considérée comme facteur déterminant. Ceci revêt d'autant plus d'importance que nous savons maintenant que les cibles en spécialités ne sont pas toujours atteintes (une cinquantaine de places n'ont pas trouvé preneurs l'an dernier) et que certaines spécialités sont plus particulièrement touchées. Il faut également compter sur un taux croissant de désistement en cours de formation.

Le Conseil estime par ailleurs qu'il est essentiel de mesurer l'impact sur l'effectif des spécialités dont le champ d'activités s'accroît à la faveur des possibilités qu'offre le développement des technologies comme c'est le cas aujourd'hui avec le transfert d'activités historiquement chirurgicales vers des spécialités médicales.

Par ailleurs, le Conseil est étonné de constater que les spécialités autres que les sept déjà mentionnées qui en avaient fait la demande, n'aient pas fait l'objet de discussions particulières au cour du dernier processus de révision annuelle de la politique triennale. Ainsi, par exemple, aucune place de résidence n'a été prévue dans la politique triennale pour l'urgentologie, une des deux nouvelles

spécialités qui ont vu le jour récemment alors que l'on compte déjà quatre places par année dans le programme d'urgentologie de l'Université McGill.

Enfin, considérant la volonté exprimée de consolider l'organisation des services médicaux à partir des services de première ligne, le comité sur les effectifs médicaux pense qu'il est temps d'entreprendre une réflexion en profondeur sur les besoins futurs en omnipratique. Historiquement, le nombre de places de résidence en médecine familiale est la résultante plus ou moins aléatoire du nombre total de résidents autorisés diminué du nombre de résidents ayant opté pour une spécialité, le tout s'inscrivant dans une recherche de l'équilibre, au terme de la formation, entre médecins spécialistes et omnipraticiens. La démarche de renforcement de la première ligne qui fait l'unanimité aujourd'hui, exige une réflexion appropriée sur les besoins futurs en omnipratique.

2.2 Considérations particulières

Le Conseil a procédé à l'examen des recommandations contenues dans la projet de Politique triennale débutant en 1999 à partir des données disponibles. Les membres ont pris connaissance des représentations faites par les sept spécialités qui avaient demandé à le faire, des arguments avancés par les associations concernées et des recommandations qu'elles ont formulées sur le nombre souhaité de places de résidence. Le Conseil a également pris en compte les estimations faites sur l'ajout net prévu pour l'an 2000, l'évaluation des besoins fournie par les régies régionales ainsi que le taux estimé d'utilisation des services pour chacune des spécialités en 2006[5], année correspondant à toutes fins utiles au commencement de la carrière des spécialistes débutant leur résidence en 1999.

---

[5] Il s'agit de taux calculés en gardant constante la consommation per capita observée à l'aide des données de rémunération de la RAMQ pour la période comprise entre le 1er octobre 1995 et le 31 mars 1996. Notons que 1995=1,00.

Données pour l'analyse du projet de politique triennale débutant en 1999

Spécialité	Ajout net 2000	Demandes des régions 2000	Taux d'utilisation 2006	Proposition des associations de md spécialistes	Proposition du projet de politique
Ophtalmologie	- 1,2	13	1,24	+3	+3
Psychiatrie	3,4	122	1,11	-	0
Radiologie diagnostique	-8,1	36	1,19	+4	+4
Chirurgie orthopédique	19,3	33	1,15	-3	-3
Anesthésie - réanimation	0,2	45	1,15	-7 à -9	0
Pédiatrie	29,6	28	0,92	+7 à +9	+4
Chirurgie générale	3,0	31	1,19	-10	-5

Les données concernant l'ajout net et les demandes des régions pour l'an 2000 ainsi que les taux d'utilisation pour 2006 sont tirées de *Indicateurs de l'effectif médical : omnipratique et spécialités médicales*. Service de la recherche et de la planification. Direction générale des relations professionnelles, mai 1998.

Ophtalmologie

Le Conseil constate que l'existence de plafonds de rémunération et la limitation de l'accès aux plateaux techniques sont de nature à limiter la disponibilité des spécialistes en ophtalmologie. Le comité constate également que l'ajout net en l'an 2000 est négatif alors que les régions en demandent au moins 13. De plus, le taux estimé d'utilisation des services en ophtalmologie en 2006 montre une croissance considérable des besoins. Enfin, le Conseil considère que les développements technologiques des dernières années ouvrent de nouvelles

perspectives d'intervention pour cette catégorie de spécialistes. En conséquence, **le Conseil est d'accord avec la proposition d'augmentation de 3 du nombre de places de résidence dans cette spécialité**.

Psychiatrie

Les données concernant la psychiatrie sont déroutantes. Le Conseil constate que l'ajout net en l'an 2000 ne sera que de 3 tandis que les régions en demandent plus de 120 durant la même période. Par ailleurs, l'estimation du taux d'utilisation en 2006 montre une croissance modérée de la demande de services dans cette spécialité. Le Conseil a examiné le ratio population/psychiatre ailleurs au pays. En 1995, le Québec disposait d'un psychiatre pour chaque tranche de 7 915 de population. Le ratio est de 1/6 877 en Ontario et de 1/8 400 pour l'ensemble du Canada. Le Québec se situait donc dans la bonne moyenne. D'autre part, le nombre de places de résidence disponibles en psychiatrie l'an dernier n'a pas été comblé (29/33) pour une spécialité du groupe A, mais tout indique que la situation est en voie de se rétablir. **Dans les circonstances, le Conseil est d'accord avec la recommandation de statu quo mais insiste pour qu'une analyse soit faite afin d'identifier les raisons qui expliquent la désaffection des étudiants en médecine pour cette spécialité si cette dernière devait se maintenir, afin que des moyens permettant au moins de combler les places disponibles soient mis en vigueur rapidement.**

Radiologie diagnostique

Il s'agit d'une spécialité qui évolue rapidement à la faveur des développements technologiques. La radiologie d'intervention occupe un champ d'activité de plus en plus large. Le taux d'utilisation pour 2006 montre que les besoins sont croissants. Par ailleurs, l'ajout net pour l'an 2000 est de -8 alors que les régies régionales sont en demande pour 36 spécialistes. Même si l'existence des plafonds de rémunération réduit la disponibilité pour l'instant, il n'en demeure pas moins que malgré une éventuelle élimination des plafonds, cette spécialité nécessitera plus d'effectifs pour répondre aux besoins futurs de la population. **Le Conseil est d'accord avec la proposition d'augmenter de quatre le nombre de places de résidence dans cette spécialité.**

Chirurgie orthopédique

La proposition de diminuer de trois, le nombre de places de résidence en orthopédie n'apparaît pas opportune aux yeux de membres du Conseil. L'ajout net pour l'an 2000 est évalué à 19 alors que les régies régionales en attendent 33. Par ailleurs, le taux d'utilisation prévu pour 2006 montre une croissance relativement élevée, d'autant plus que le vieillissement de la population aura un impact significatif pour cette spécialité. Déjà les listes d'attente pour des chirurgies orthopédiques existent. On sait par ailleurs que le volume d'activités médico-juridiques est considérable dans cette spécialité, réduisant d'autant la disponibilité pour les soins proprement dits. **Le Conseil est contre la proposition de diminution du nombre de places de résidence en chirurgie orthopédique et recommande de maintenir le statu quo.**

Anesthésie-réanimation

Les données et les arguments fournis par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation n'ont convaincu ni les membres de la Table de concertation permanente sur la planification des effectifs médicaux au Québec, ni les membres du comité sur les effectifs médicaux de l'opportunité de procéder à une diminution du nombre de places de résidence. Le comité estime que la situation qui prévaut actuellement est fragile et que de nouveaux champs d'activités (soins intensifs, cliniques de la douleur, suivi post-opératoire de l'analgésie et autres) s'ouvrent continuellement dans cette spécialité. **Le Conseil partage la prudence exprimée par la Table de concertation et est d'accord avec le maintien du statu quo proposé par le projet de politique triennale, du moins tant et aussi longtemps que le niveau d'activités potentielles dans cette discipline n'aura pas été évalué.**

Pédiatrie

La pédiatrie est la seule, parmi les sept spécialités soumises à notre examen, dont le taux d'utilisation pour 2006 est en diminution (0,92 par rapport à 1 aujourd'hui). Cela s'explique pour une grande part, à la chute de la natalité au cours des dernières années. Le ratio population/pédiatre du Québec se compare à ceux de l'Ontario et du reste du Canada. La question est tellement bien documentée que la politique triennale des deux dernières années n'accordait aucune place en pédiatrie générale. Cependant, la politique triennale reconnaissait les besoins exprimés pour les sous-spécialités et les surspécialités pédiatriques en réservant 14 places de résidence pour ces dernières Le Conseil médical s'était prononcé contre cette mesure considérant

qu'elle ne permettait pas d'atteindre les objectifs recherchés en ce qui concerne les sous et les surspécialités pédiatriques.[6] En effet, les résidents ayant complété leur formation en pédiatrie générale ont tout le loisir de se présenter à l'examen de certification en pédiatrie générale et ne peuvent être contraints d'entreprendre une formation dans l'une ou l'autre des spécialités pédiatrique. Le Conseil médical proposait plutôt l'utilisation de mesures incitatives pour solutionner le problème de besoins en spécialités pédiatriques en garantissant par exemple, des postes selon un plan d'effectifs approprié et dûment approuvé, aux résidents en pédiatrie qui choisiraient de s'orienter vers une spécialité pédiatriques. Par ailleurs, le Conseil est conscient que le nombre de places réservées chaque année aux fins de la formation en pédiatrie, est souvent dépassé en fonction des mécanisme de transfert prévus à la politique. Enfin, le Conseil considère qu'avant de procéder à toute augmentation de cibles dans cette spécialité, il y aurait lieu de procéder à une évaluation du nombre de médecins spécialistes (néphrologues, cardiologues et autres) qui consacrent une grande partie ou même la totalité de leurs activités aux soins aux enfants. **Le Conseil est donc d'avis qu'une telle mesure est toujours de mise et serait même susceptible de favoriser l'atteinte rapide des objectifs recherchés et, en conséquence est contre la proposition d'augmenter le nombre de places de résidence en pédiatrie.**

Chirurgie générale

Le Conseil reconnaît que le niveau d'activité en chirurgie générale a perdu beaucoup de terrain à la faveur d'autres spécialités utilisant la radiologie et la scopie ainsi qu'à l'avènement de nouvelles molécules dans l'arsenal pharmaceutique. D'autre part, le Conseil est également conscient que la chirurgie générale a subi cruellement les contrecoups des contraintes budgétaires et que des marges de manœuvre se dégageront au fur et à mesure que les ressources seront disponibles. Par ailleurs, le Conseil recommande **d'examiner plus attentivement l'impact sur le nombre de places de résidence dans cette discipline et dans les spécialités concernées comme la radiologie et la gastroentérologie, des transferts d'activités de la chirurgie générale en raison des développements technologiques ainsi que l'impact des récentes transformations intervenues dans les programmes universitaires** avant de souscrire à une réduction du nombre de places d'entrée en résidence. La réserve qu'exprime le Conseil est d'autant plus justifiée que le comité a constaté un fort désistement de résidents au cours des dernières années (17 en 5 ans). En outre, le Conseil constate que l'ajout net de chirurgiens généraux d'ici l'an 2000 n'est que de 3 alors que les régies

[6] Conseil médical du Québec. *Avis sur les inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001*, janvier 1998.

régionales en attendent 31. Le Conseil rappelle enfin qu'il s'agit d'une spécialité de base qui doit maintenir en permanence une masse critique dans toutes les régions du Québec et qu'au besoin, des modes de rémunération adaptés à cette nécessité soient mis en place. Afin de favoriser l'installation et la rétention des chirurgiens généraux là où ils sont essentiels, **le Conseil recommande que les facultés de médecine accentuent leurs programmes de formation en région**.

3. LES RECOMMANDATIONS

Le Conseil médical du Québec recommande :

1. **d'augmenter de 10 le nombre d'admissions dans le contingent régulier en médecine dès 1999;**

2. **de prévoir l'éventualité d'une augmentation sensible des admissions dès l'an prochain en l'absence d'un signal clair concernant des changements dans la manière de dispenser les services médicaux et dans les modes de rémunération des médecins;**

3. **d'augmenter de 3 le nombre de places de résidence en ophtalmologie;**

4. **de maintenir le statu quo sur le nombre de places de résidence en psychiatrie;**

5. **d'analyser les raisons qui expliquent la désaffection des étudiants en médecine pour la formation en psychiatrie et, au besoin, mettre en oeuvre les moyens requis pour au moins combler les places disponibles;**

6. **d'augmenter de 4 le nombre de postes de résidence en radiologie diagnostique;**

7. **maintenir le statu quo sur le nombre de places de résidence en chirurgie orthopédique;**

8. **maintenir le statu quo sur le nombre de places de résidence en anesthésie-réanimation;**

9. **maintenir le statu quo sur le nombre de places de résidence en pédiatrie;**

10. **d'utiliser des mesures incitatives comme une garantie de postes pour favoriser l'atteinte des objectifs pour les spécialités pédiatriques;**

11. **maintenir le statu quo sur le nombre de places de résidence en chirurgie générale;**

12. **analyser l'impact sur les besoins de places de résidence en chirurgie générale ainsi que dans les spécialités concernées comme la radiologie et la gastroentérologie, des transferts d'activités chirurgicales et des transformations dans les programmes universitaires;**

13. **d'intensifier les programmes de formation dans les régions en chirurgie générale.**

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1re ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2e et 3e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998

98-03

Avis "Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir", octobre 1998

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998

Rapports d'activités :

1993-1994

1994-1995

1995-1996

1996-1997

Autres :

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995
- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socioéconomiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995